



Bon de demande d'examen préleveur externe

Codification : LBM EN 000318

Version : 04

Emetteur : STRUCTURES TRANSVERSALES BIOLOGIE

Date d'application : 14/06/2023

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes – pôle de Biologie - 2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 9 - 02 99 28 43 21

Date d'expédition : ... / ... / ...

Etablissement expéditeur :

Adresse :

Référence dossier laboratoire expéditeur :

Adresse de **facturation** (si différente de celle de l'expéditeur) :

NOM DU LABORATOIRE DESTINATAIRE :

LE PATIENT

Une étiquette « patient » est préférable à une identification manuscrite :

coller ici

En l'absence d'étiquette, merci de compléter les champs à droite

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : M F

Né(e) le : ... / ... / ... A :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

LE PRESCRIPTEUR

Nom :

Contact tél :

Fax :

Copie des résultats à :

 Messagerie sécurisée :

LE PRELEVEMENT

Date et heure de prélèvement : / / à h

Nom, prénom et qualité du préleveur :

Nature de l'échantillon :

Merci de vous reporter aux conditions préanalytiques décrites dans le manuel de prélèvement du CHU de Rennes (renseignements cliniques indispensables, consentement, conditions de transport)

➔ Pour les préleveurs externes n'ayant pas signé de convention avec notre établissement :

Je reconnais avoir pris connaissance du Manuel de Prélèvement du CHU de Rennes et m'engage à respecter les conditions pré-analytiques qui y sont mentionnées.

Je n'autorise pas le CHU de Rennes à utiliser le code barre INS

EXAMENS DEMANDES (intitulé tel que rédigé dans le répertoire des analyses du CHU de Rennes)

RESERVE AU LABORATOIRE

Identité de la personne à réception :

Conformité de la demande : OUI NON

Date et heure de réception :

Nombre de tubes/prélèvements :